

YA-T-IL UNE PLACE POUR LA PSYCHOTHERAPIE INDIVIDUELLE EN SYSTEMIQUE ?

Christel VAUDAN¹, Barbara TRIPET², Antoinette CORBOZ-WARNERY³, Nicolas DURUZ⁴

Résumé : *Y a-t-il une place pour la psychothérapie individuelle en systémique ?* - La clinique systémique est trop souvent identifiée à la thérapie de couple ou de famille au détriment de la psychothérapie individuelle. Cet article présente les résultats d'un groupe de travail de thérapeutes systémiciens qui ont longuement réfléchi à cette question. Après une revue bibliographique commentée sur le sujet, il propose un certain nombre de points critiques concernant la clinique de la psychothérapie individuelle d'orientation systémique.

Summary : *Is there a place for individual psychotherapy within the systems approach ?* - Systems therapy is identified too often with couple or family therapy to the detriment of individual psychotherapy. This paper presents the results of a group of systems oriented therapists who have reflected on this question in depth. After a review of literature on the subject, this group advances key points concerning the practice of systems oriented individual psychotherapy.

Resumen : *Hay un lugar para la psicoterapia individual en la orientación sistémica?* - La clínica sistémica es demasiado a menudo identificada a la terapia de pareja o defamilia para el perjuicio de la psicoterapia individual. Este artículo presenta los resultados de un grupo de trabajo de terapeutas sistémicos que reflexionaron profundamente entorno de esta pregunta. Luego de una revisión literaria sobre este tema, este grupo propone un cierto número de puntos críticos con relación a la clínica de la psicoterapia individual de orientación sistémica.

Mots-clés : Psychothérapie individuelle — Clinique systémique - Dispositif et cadre thérapeutique – Indications

Keywords : Individual Psychotherapy– Systemic practice – Therapeutic setting and frame - Indications

Palabras claves : Psicoterapia individual – Clínica Sistémica – Dispositivo y Marco Terapéutico – Indicaciones.

¹ Psychologue-psychothérapeute FSP , co-responsable du Centre de Consultation Couple et Famille au Département de Psychiatrie-CHUV, formatrice et superviseuse à l'Unité d'Enseignement-CEF, Lausanne.

² Psychologue-psychothérapeute FSP, thérapeute de famille à la Fondation Bartimée, Grandson.

³ Psychiatre-psychothérapeute FMH, formatrice et superviseuse à l'Unité d'Enseignement-CEF, Lausanne.

⁴ Professeur de psychologie, psychologue-psychothérapeute FSP, formateur et superviseur à l'Unité d'Enseignement-CEF, Lausanne.

Y a-t-il une place pour la psychothérapie individuelle en systémique ?

Même si la thérapie avec des patients traités en individuel se pratique depuis plus ou moins les origines de la clinique systémique, c'est bien la thérapie de famille et de couple qui occupe le devant de la scène et à laquelle la systémique est souvent identifiée. Peu de textes existent dans la littérature systémique, consacrés au travail thérapeutique avec les individus, encore moins à des programmes de formation en référence à ce type de thérapie. C'est pour tenter de combler cette lacune qu'un groupe de travail s'est réuni depuis plusieurs années à Lausanne, avec pour objectif de réfléchir à la Psychothérapie Individuelle d'Orientation Systémique (PIOS)⁵. Cet article souhaiterait en être le reflet.

Après une brève présentation du contexte d'émergence et de l'évolution de ce groupe de travail – en soi déjà révélateurs de la difficulté à conceptualiser la PIOS - il proposera les premiers résultats obtenus : d'une part, quelques éléments bibliographiques commentés autour de la PIOS, et d'autre part, des réflexions cliniques au sujet de sa pratique.

I / L'histoire mouvementée d'un groupe de travail

Le groupe de travail s'est constitué dans le cadre de l'Unité d'Enseignement-CEF⁶, qui a été confrontée dès sa création à la question de la PIOS. On était souvent amené, par exemple, à superviser des psychothérapies individuelles dans le cadre de la formation en thérapie systémique, malgré l'absence de références claires à la PIOS.

Quelques travaux précurseurs

Des contributions plus théoriques ont alors été tentées par des figures marquantes du CEF. En 1983, Luc Kaufmann écrit un article fondamental sur la position du thérapeute aussi bien en thérapie de famille et de couple qu'en thérapie individuelle, faisant référence au modèle de l'encadrement, modèle spécifique et de base du CEF. De son côté, Fernand Seywert (1990, 1994) propose dans deux articles des articulations possibles entre individu et réseau, ainsi qu'entre psychothérapies et pensée systémique. Plus concrètement, s'interrogeant sur la gestion parfois problématique d'une thérapie de couple, qui a lieu parallèlement à la thérapie individuelle de l'un ou des deux conjoints, Nicolas Duruz organise en 2001 une journée d'études sur le thème de la PIOS pour tous les collaborateurs du CEF autour d'Edith Tilmans-Ostyn. Enfin, Elvira Pancheri anime pendant plusieurs années des séminaires sur le thème de la PIOS dans le cadre de la formation continue du CEF, qui la conduisent à écrire en 2003 un article dans *Psychothérapies*, fruit de son expertise dans le domaine.

Ces dernières années, la réalité du terrain se fait plus pressante encore et nous invite à une réflexion soutenue sur la PIOS. Les nouvelles exigences pour la formation en psychothérapie

⁵ La Psychothérapie Individuelle d'Orientation Systémique, appelée par la suite PIOS, concerne ici le traitement ou le suivi thérapeutique d'individus à moyen et à long terme, et non pas l'intervention ou l'entretien ponctuel avec des individus, même à visée thérapeutique.

⁶ Fondé en 1978 par le Professeur Luc Kaufmann, le Centre d'Etude de la Famille, très vite connu sous son acronyme CEF, est aujourd'hui une unité faisant partie de l'Institut Universitaire de Psychothérapie, lui-même rattaché au Département de Psychiatrie à Lausanne. Cette Unité d'Enseignement est chargée de promouvoir et de développer la théorie systémique dans les domaines de la clinique et de la formation en lien avec les unités de recherche de l'Institut.

aussi bien des médecins-psychiatres que des psychologues cliniciens imposent à ceux-ci le choix d'une approche psychothérapeutique spécifique. Ainsi, la Fédération Suisse des Psychologues demande que la thérapie personnelle soit accomplie pour au moins 50 heures *en individuel*, dans l'approche choisie par les candidats psychothérapeutes. En quoi consiste alors une thérapie individuelle systémique ? Par ailleurs, les jeunes thérapeutes en formation, en particulier les médecins, sont confrontés dès le début de leur pratique clinique à des suivis individuels et ne peuvent pas attendre d'être formés avec des familles et des couples pour se lancer dans des thérapies individuelles. Ainsi, les systémiciens se doivent de disposer d'une approche en thérapie individuelle élaborée, reconnue par le réseau et dont l'enseignement est intégré dans la formation de base.

C'est porté par toutes ces impulsions qu'en 2004 Nicolas Duruz, alors responsable de l'Unité d'Enseignement-CEF, sollicita deux collègues, qui en furent longtemps ses piliers : Antoinette Corboz-Warnery et Elvira Pancheri, en vue de constituer un groupe de réflexion consacré à la PIOS. Il s'agissait de réunir autour de ces deux psychothérapeutes différentes personnes (des vieux routiniers mais aussi des plus jeunes) qui, pratiquant la thérapie individuelle systémique, seraient intéressées à réfléchir sur cette forme de thérapie et à proposer un programme de formation spécifique. Onze thérapeutes répondirent au premier appel et s'engagèrent ainsi dans des discussions longues, passionnées, parfois conflictuelles, les obligeant à reprendre les définitions de base aussi bien de la systémique que de la psychothérapie en général⁷. Tout un programme !

Les différentes étapes du groupe de travail et ses difficultés

Avant de présenter explicitement les fruits de ce travail, évoquons brièvement certaines des difficultés rencontrées en cours de route, révélatrices, nous semble-t-il, des multiples entrées théoriques possibles dans ce champ, à la croisée de pratiques fort différentes.

La constitution d'une bibliographie concernant la PIOS – première tâche que le groupe s'était donnée et dont il sera fait état dans la seconde partie de l'article – révéla, en plus d'une littérature limitée sur le thème lui-même, l'énorme diversité de champs de référence que chacun proposa au groupe : philosophie, neuroscience, sociologie, psychanalyse, théorie cognitivo-comportementale, théorie développementale, etc. Cette complexité nous laissa confus et perplexes jusqu'à ce que nous nous rendions compte qu'elle représentait aussi la richesse d'une telle entreprise. Nous nous trouvions à une réelle croisée des chemins.

La deuxième étape fut d'élaborer des propositions de formation à la PIOS. S'il était relativement facile d'établir une structure de formation sur le modèle de la formation systémique de base (séminaires théorico-cliniques et supervisions), la question principale fut de savoir s'il fallait une formation complémentaire et spécialisée pour la PIOS ou s'il fallait plutôt l'intégrer dans la formation systémique de base. Il nous fallut du temps et un peu de recul pour réaliser que dans la pratique clinique le psychothérapeute n'attend pas la formation spécifique pour mener des entretiens avec un seul individu. Si nous pensons toujours que la pratique des entretiens de famille, de couple et de réseau, reste la voie royale pour comprendre un système humain, nous avons été convaincus qu'être formé à l'entretien individuel doit se faire dès le début de la formation. Notre réflexion nous a donc amenés à nous orienter vers des modules spécifiques insérés dans la formation de base, avec des supervisions de

⁷ Nous remercions vivement pour leurs contributions nos collègues Willy Favre, Ian Frank, Elvira Pancheri, Alain Porchet, Silvia Schneider, Fernand Seywert et Martine Tâche, qui ont participé à de nombreuses séances du groupe de travail.

psychothérapie individuelle systémique. Mais en réfléchissant à ces modules, nous nous sommes trouvés devant la difficulté d'en définir précisément le contenu.

Cela nous conduisit alors à une troisième et dernière étape, la plus passionnante mais sans doute la plus houleuse : nous avons en effet décidé de partager nos pratiques respectives de la PIOS afin de les comparer et, si possible, d'en extraire des constantes. Beaucoup de questions ont alors animé nos échanges : comment le thérapeute aborde-t-il l'individu en référence à son contexte ? Quelle relation établit-il avec son patient ? Quelles techniques utilise-t-il ? Quel est le dénominateur commun entre ces différentes pratiques ? Qu'y a-t-il de systémique dans ces façons de faire ? etc. Ces questions furent à un moment donné thématiques au nombre de 7, de manière à ce que nous puissions poursuivre nos échanges de façon plus structurée. Les réponses qui y ont été apportées seront résumées dans la troisième partie de cet article.

Les plus expérimentés des membres du groupe acceptèrent donc de présenter à tour de rôle un cas (demande, mise en place du setting, processus) devant leurs pairs, ceux-ci étant invités à résonner à ces récits et de poser des questions à la recherche d'un dénominateur commun. Ce fut un moment très fécond mais aussi très délicat pour la continuité du groupe, mettant en évidence la nécessité d'un minimum de compatibilité professionnelle entre les participants pour continuer à réfléchir ensemble. Un peu à la manière d'une thérapie, il a fallu établir une alliance de travail et co-construire un processus productif. Nous nous sommes retrouvés à sept participants au lieu de onze (4 femmes/ 3 hommes ; 3 médecins/ 4 psychologues ; 4 aînés/ 3 jeunes). Il était en effet devenu nécessaire de pouvoir travailler dans un groupe ni trop grand pour partager en confiance notre « intimité » thérapeutique, ni trop petit pour permettre une dynamique entre des points de vue différents et suffisamment nombreux.

Relevons particulièrement deux différences qui se manifestèrent à certains moments des échanges et qui témoignent de la diversité des positions et des enjeux engagés lorsqu'on cherche à penser de manière systémique la thérapie individuelle.

Tout d'abord, la place accordée à la psychopathologie et au diagnostic dans le traitement individuel se révéla différente en fonction des corps de métier. En effet, dans les cas exposés, il s'avéra que c'était les psychiatres du groupe qui présentaient des traitements au long cours, avec des pathologies lourdes et bénéficiant du remboursement par les assurances, alors que les psychologues faisaient davantage état de pratiques d'intervention brève, centrées sur une problématique bien identifiée, impliquant souvent un travail en collaboration avec des médecins ou des institutions. Les premiers semblaient accorder plus d'importance au mode de fonctionnement pathologique de la personne, voire à sa structure de personnalité, en lien avec son environnement, tandis que les seconds se focalisaient plutôt sur la relation de la personne resituée dans son contexte, à la recherche de la résolution d'un problème spécifique.

Ensuite, la référence à la psychanalyse fut un autre objet de questionnement. Bien présente chez les aînés du groupe, tous formés d'abord à cette approche, la psychanalyse était moins évoquée chez les plus jeunes. Pourtant, travaillant à l'interface entre l'environnement externe et le monde interne de l'être humain, nous ressentions tous la nécessité d'avoir un modèle théorique de référence pour penser le système intrapsychique. L'approche psychanalytique semblait être une réponse privilégiée pour certains, moins pour ceux qui se référaient aussi aux théories du développement ou aux approches cognitivo-comportementales. Nous nous retrouvions à nouveau à la croisée des chemins et comprenions progressivement que notre travail ne consistait pas vraiment à construire une nouvelle théorie mais à mettre en perspective dans une articulation pensée ce qui provenait d'horizons différents.

Un essai d'articulation bienvenu

Pour penser cette articulation, un article de l'un de nos collègues, Fernard Seywert (1994), nous a été très précieux. Rappelant que les références de la théorie systémique proviennent de disciplines étrangères à la psychiatrie et la psychologie, il y montre comment la systémique offre un cadre pour appréhender, conceptualiser et intégrer des phénomènes complexes de nature différente, comme un système biologique, un système psychique et un système social. Etant donné qu'on ne peut sans autre appliquer la pensée systémique aux données cliniques, il propose alors de distinguer trois niveaux d'application, par ordre décroissant d'abstraction :

1. le méta-modèle systémique, de niveau métathéorique, qui permet d'analyser les analogies formelles entre différents modèles de psychothérapie ou orientations psychothérapeutiques (psychanalyse, approche comportementale, contextuelle et familiale, etc.).
2. les modèles de psychothérapie proprement dits ou modèles intermédiaires, qui proposent chacun une théorie pour penser les troubles psychiques et le changement.
3. les méthodes cliniques, qui, sous forme de dispositifs précis, sont des applications pratiques de chacun des modèles de psychothérapie (par exemple, la cure psychanalytique, la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, la thérapie familiale systémique, la PIOS, etc.).

Notre réflexion s'est située essentiellement à l'articulation des deux derniers niveaux, les modèles et les méthodes de psychothérapie. Mais avant de présenter le contenu détaillé de notre réflexion, voyons d'abord ce que nous livre la littérature sur le thème de la PIOS.

II / Des références bibliographiques rares et peu connues

Quand on parcourt l'immense littérature accumulée dans le champ de la clinique systémique à partir des années 50, on ne peut être qu'étonné du petit nombre d'articles consacrés à l'intervention et à la thérapie *individuelle* d'orientation systémique, malgré certaines initiatives, comme celles de Bowen en 1972, ou de Weakland en 1974 et 1983. Il faudra attendre 1996 pour disposer du seul et riche ouvrage existant à ce jour consacré à la thérapie individuelle d'orientation systémique, celui de Boscolo et Bertrando (*Systemic Therapy with individuals*), ouvrage qui par ailleurs fait malheureusement l'économie d'une revue fournie et systématique de la littérature dans le domaine.

Voici donc présentés de manière résumée, mais avec le souci d'être le plus complet et critique possible, les écrits de systémiciens qui se sont penchés explicitement sur le thème de la thérapie individuelle d'orientation systémique. Nous commencerons par évoquer les auteurs inspirés du modèle systémique-interactionnel de Palo Alto, puis ceux pour lesquels l'influence de la psychanalyse est bien repérable. Après la mention de quelques références à situer dans un entre-deux, nous nous arrêterons plus longuement sur l'ouvrage-clé de Boscolo et Bertrando (1996). Notons que notre revue de littérature ne prend en compte que les écrits qui se sont intéressés directement au dispositif de travail psychothérapeutique avec l'individu, ne référant que subsidiairement à ceux qui traitent du travail clinique combinant entretiens individuels et familiaux, problématique importante en soi mais non explicitement traitée dans cet article.

L'influence de Palo Alto

Même si le mouvement systémique a été fort marqué à ses débuts par les études de Bateson sur la communication familiale, on peut dire que l'école de Palo Alto en a surtout retenu la dimension cybernétique à travers sa conception interactionnelle des comportements.

Selon **Weakland** et ses collègues (1974), cela signifie que « les types de problèmes que l'on présente aux psychothérapeutes ne persistent que si ces problèmes sont maintenus par le comportement actuel, continu, du patient et de ceux avec qui il est en interaction. En conséquence, si ce type de comportement qui maintient le problème est changé ou éliminé de façon adéquate, le problème sera résolu ou disparaîtra, quelle que soit sa nature, son origine ou sa durée » (p.361). Dans ce même article, les auteurs en viennent ainsi à écrire, mais encore de manière peu claire : « Lorsqu'un thérapeute pense principalement en termes d'interaction, il peut se livrer à la thérapie familiale, même avec un seul individu » (p.357). C'est 9 ans plus tard, dans son article intitulé : *Thérapie systémique individuelle*, que Weakland (1983) sera plus explicite. Se proposant d'étudier le processus des traitements de cas individuels, soit qui « impliquent clairement des problèmes familiaux », soit qui « se présentent comme manifestation centrés sur l'individu » (p.155), il écrit : « Même si un comportement problématique est considéré fondamentalement comme une réponse à un autre comportement au sein de la famille [...]), cela n'implique pas que la famille entière doive nécessairement être vue en thérapie ni le contexte entier de l'interaction de la famille interrogé et influencé. » (p.159). Il n'est pas inutile de rappeler ici la grande influence qu'a exercée sur les thérapeutes de Palo Alto Milton Erickson, dont la pratique clinique portait essentiellement sur des patients vus en individuel et dont les changements étaient interprétés en fonction de la relation hypnothérapeutique instaurée.

Dans ce même esprit et soutenant avec autant d'insistance que Watzlawick l'option constructiviste, **de Shazer**, fondateur du *Brief Family Therapy Center* à Milwaukee et initiateur de la thérapie centrée sur les solutions, tiendra la même position : ce n'est pas parce que la théorie des systèmes postule que le tout est plus grand que l'ensemble des parties que l'ensemble de la famille doit être présent. « Puisqu'il suffit d'un petit changement pour initier le changement dans un système, poursuit-il, le nombre de personnes qui participent à la définition du problème et à l'élaboration d'une solution réussie n'a pas d'importance » (1985, p.18). Il sera encore plus clair dans un article publié avec **Berg**, au titre éloquent : *A part is not apart. Working with only one of the partners present* (1985).

Dans un bref article, utilisant intelligemment mais scolairement les propositions de Weakland et de Shazer (il s'agit en effet de l'esquisse d'un programme d'enseignement universitaire intitulé suggestivement : *Family Therapy without The Family*), **Terry** (1989) présente de manière très clinique des outils pour l'évaluation systémique de familles à travers un individu. Les questions posées de manière circulaire quant à la définition du problème, à ses essais de solutions, ses explications, les conséquences de sa disparition, etc., sont des plus instructives⁸.

En Europe, il faut relever en 1987 un article très pointu et clair de **Weber** et **Simon**, de l'école d'Heidelberg : *Systemische Einzeltherapie*. Sans doute plus en prise sur l'œuvre de Bateson et l'apport de la communication familiale que les Américains, ils disent privilégier la thérapie de famille. Mais parfois, les conditions de travail l'exigeant (peu de précisions à ce sujet), la thérapie avec un seul patient s'impose et peut très bien être conduite selon eux de manière strictement systémique. Ils explicitent alors leur position avec des commentaires cliniques très pertinents portant sur les raisons d'entretiens espacés dans le temps, les questions à poser durant l'entretien, la manière d'utiliser la relation thérapeutique et l'intérêt d'un commentaire final au terme des séances. Dans la même veine, il faut citer l'article très

⁸ A plusieurs moments de cette revue bibliographique, le lecteur se sentira probablement frustré d'y voir mentionnés des points très pertinents cliniquement, mais qui ne sont jamais développés. L'espace disponible pour cet article étant limité, le lecteur est pour l'instant invité à consulter lui-même les textes cités, dans l'attente d'un éventuel prochain article consacré à une revue plus détaillée de la littérature. Certains de ces points seront aussi repris dans la troisième partie de ce texte.

intéressant de deux britanniques, Jenkins et Asen, selon lesquels « la thérapie systémique n'est pas fonction du nombre de personnes vues, mais du cadre théorique qui détermine ce que fait le thérapeute » (1992, p.1). Ils insistent tout particulièrement, eux aussi, sur l'outil très précieux du questionnement circulaire.

Enfin, si l'on suit **Cabié et Isebaert** (1997), les protagonistes en Europe du mouvement de la thérapie brève centrée sur les solutions, on retrouve les mêmes positions. Si pour eux le « client » est indistinctement l'individu, le couple ou la famille, exprimé sous la formule « le client et son système » (p.25), on remarque sans étonnement que la plupart des cas cliniques développés dans leur ouvrage se réfèrent à des consultations avec des individus. Pour ces auteurs, comme pour plusieurs de ceux qui précèdent, cette facilité à travailler avec l'individu est sans doute liée à un modèle qui insiste sur la dimension comportementale du problème et la construction de sa définition, modèle pour lequel l'observation de la communication dans la famille n'est pas privilégiée, comme l'intérêt porté à son histoire et à son évolution. Ce qui est loin d'être le cas des systémiciens influencés par la psychanalyse.

L'héritage psychanalytique

Mentionnons pour commencer la contribution, sans doute la plus extérieure car ne débouchant pas sur une conception d'une thérapie individuelle d'orientation systémique, de deux psychanalystes : **Fadda** (1982) et **Nicolo** (1990). Ces auteurs qui disposent également l'un et l'autre d'une solide formation en thérapie familiale se posent la même question : quand entreprendre une thérapie individuelle (sous-entendu : psychanalytique) et quand une thérapie de famille ? Recourant explicitement au modèle psychanalytique développemental de Mahler (Fadda) et de Klein et Bion (Nicolo), ils tentent de dégager le fonctionnement relationnel des familles à transaction psychotique (cf. les 5 caractéristiques clairement présentées par Nicolo), qui nécessite selon eux un traitement familial. Ils en concluent qu'avec des patients très peu différenciés il est nécessaire d'utiliser conjointement les deux formes de traitement, familial et individuel, le premier aidant à contenir la conflictualité interne et le second favorisant, grâce à l'analyse des aspects archaïques de la personne, son accès à la capacité de penser. Il n'est donc pas question ici, à proprement parler, de thérapie individuelle systémique.

C'est par contre le cas avec **Bowen** qui est probablement le premier à avoir proposé aux systémiciens un modèle relativement élaboré de PIOS. Bowen soutient dans sa *Systems Theory* que chaque membre d'une famille doit trouver son autonomie en se différenciant du système émotionnel familial nucléaire, pensé comme une sorte de « moi collectif familial indifférencié ». En plaçant la notion de soi au cœur de sa théorie (avec celles corrélatives d'identité, projection familiale, triangle émotionnel, etc.), Bowen révèle bien sa filiation psychanalytique, tout en s'en distançant quelque peu en fonction de l'intérêt qu'il porte à la dynamique systémique des relations intergénérationnelles. Ayant été le premier thérapeute de famille à faire hospitaliser toute la famille d'un patient psychiatrique, il est aussi à notre connaissance le premier à proposer un modèle de thérapie individuelle, inspirée psychanalytiquement, mais profondément systémique dans sa pratique. Dans son fameux article de 1972, qui prolonge sa communication à un congrès de thérapeutes de famille en 1968, où il a relaté son propre travail d'enquête émotionnelle auprès de plusieurs membres de sa famille dispersés aux quatre coins des USA, il présente cette investigation comme « un bon exemple de psychothérapie familiale avec un seul membre de la famille » (p.100). Grâce à une telle investigation, le membre le plus motivé d'une famille peut s'interroger sur le rôle qu'il joue dans le système émotionnel familial, se différencier, et à partir de ses propres changements en induire d'autres dans sa propre famille. Bowen recommande vivement un tel

travail à tout futur thérapeute de famille. Deux de ses élèves, **Carter et McGoldrick Orfanidis**, en ont fait une présentation systématique en 1976.

La contribution de **Montagano** est intéressante. Psychanalyste novatrice, prenant le risque, comme elle l'écrit dans son article de 1986 (*Thérapie individuelle systémique : trois histoires*), de déranger et de ne pas être orthodoxe, elle estime que pour certaines personnes une thérapie psychanalytique ne convient pas et qu'il s'agit alors de proposer une thérapie individuelle où les principes de la systémique sont des plus précieux. Partant d'une idée-clé, qu'elle ne développe pourtant pas, à savoir que tout trouble psychique est un trouble systémique, elle explique comment elle a été amenée à soigner des personnes qui ne voulaient pas d'une longue analyse, ou envers lesquelles elle se sentait comme quelqu'un qui aurait dû « creuser un puits dans un terrain complètement encombré de matériel » (1986, p. 12). Elle s'est mise alors à inventer une sorte de thérapie individuelle systémique qu'elle décrit à travers trois histoires cliniques. Ne récusant pas dans certains cas un dispositif psychanalytique pour permettre au patient de « consacrer ses énergies psychiques au travail qu'il accomplit avec son inconscient » (1983, p.141), elle pense néanmoins que des thérapies individuelles non psychanalytiques sont parfois indispensables, qui s'intéressent alors davantage au relationnel dans l'ici et maintenant qu'au « profond et au passé » visé par l'enseignement psychanalytique.

Pancheri (2003), formée aussi à la psychanalyse comme tous les auteurs précédents, propose quant à elle une forme de thérapie individuelle dans une veine assez bowenienne : ce qu'elle appelle thérapie individuelle d'orientation systémique se situe directement à la croisée de l'approche psychodynamique et de l'approche des systèmes. Même si prédomine un cadre conceptuel davantage psychanalytique, grâce auquel s'établit un « processus d'appropriation de soi par la libération des kystes émotionnels pathogènes » (p.113), Pancheri prend en compte en même temps les relations familiales dans leur dimension intergénérationnelle, et travaille avec le recadrage et les ressources de ses patients. A l'aide de deux situations cliniques très parlantes, elle révèle sa manière personnelle et impliquée de travailler, soulevant par ci par là un certain nombre de problèmes théoriques et cliniques qui méritent sans doute un développement (par exemple, la question des indications, celle des relations entre psychanalyse et systémique, la place accordée à la psychopathologie, etc.). La même chose pourrait être dite pour l'article *Vers un travail systémique individuel* d'**Amiguet et Gressin** (1987), les seuls à notre connaissance qui ont mis en place un modèle dans un cadre autre que thérapeutique, à savoir un cadre socio-éducatif ; ils conjoignent dans leur travail les apports d'une théorie élargie du soi (différenciation, loyauté) et ceux de Palo Alto et Minuchin (homéostasie, frontières, recadrage, ressources).

Entre systémique et psychanalyse

Après cette présentation d'auteurs se réclamant d'une orientation explicitement systémique pour les premiers et influencés par la psychanalyse pour les seconds, mentionnons brièvement, pour être nuancés, quelques articles dont la conception de la thérapie individuelle d'orientation systémique apparaît un peu plus tranchée, sans exclure pour autant la référence à la psychanalyse. En effet, pour ces auteurs, si la pertinence de la thérapie individuelle de type psychanalytique est reconnue dans certaines situations, leur modèle de thérapie individuelle d'orientation systémique veut s'en distinguer nettement, parfois avec un certain esprit polémique, même s'il intègre la dimension des relations intergénérationnelles. En 1983 déjà, **Salem et Masson** présentent « un cas de psychothérapie individuelle fondée sur les concepts de la thérapie familiale ». Il s'agit du récit bien documenté d'une thérapie individuelle, commencée selon le modèle psychanalytique puis poursuivie selon le modèle de l'approche

contextuelle de Boszormenyi-Nagy. En 1988, **Selvini** et **Viaro** proposent un guide pour la thérapie individuelle de patientes anorexiques chroniques, établi en référence à un modèle pathogénétique transgénérationnel qu'ils ont dégagé sur la base de l'observation de 142 familles d'anorexiques. De son côté, **Masson** (1990) présente les résultats de 22 thérapies individuelles auprès d'adolescents et de jeunes adultes souffrant de troubles d'individuation, dont certaines, il est vrai, incluaient parfois un ou deux entretiens avec les membres de la famille. La visée de ces thérapies se veut manifestement plus que symptomatique, puisqu'elles tentent à promouvoir des changements aussi au niveau de « la représentation de soi, perception d'autrui, modes de relations » (p.257). Dans une mouvance tout autre, celle de la seconde cybernétique et de ses développements constructionniste et narrativiste, plusieurs auteurs, comme Goolishian, Anderson, White, Epston et Gergen⁹, pour ne citer que ceux-ci, en mettant l'accent sur l'importance du récit, ont ouvert la voie à des pratiques de psychothérapie systémique individuelle, sans n'avoir toutefois produit, à notre connaissance, de monographies sur le sujet. Plus ou moins dans cet esprit, **Gaillard** écrit un article intéressant en 2003 qui relate en détail un cas de psychothérapie individuelle, à la lumière des modèles fondés sur l'autopoïèse et l'autoréférence des systèmes. Dans son article de 2000, *Thérapie avec l'individu et thérapie avec la famille*, au ton un peu provocateur, **Andolfi** réagit à la mode narrativiste et se bat sur deux fronts : tout en reconnaissant le bien-fondé d'une thérapie individuelle systémique, il craint qu'elle ne se contente, sous l'influence de l'orientation narrative postmoderne, de travailler seulement sur les « relations parentales intériorisées », minimisant tout ce qu'apporte la rencontre avec les familles. D'autre part, il est réticent à une approche trop comportementale des problèmes, qui négligerait la force affective des relations aussi bien familiales que thérapeutiques.

L'unique ouvrage de référence

On pourrait dire que *Systemic Therapy with Individuals* de **Boscolo** et **Bertrando** en 1996 reprend en synthèse les différentes tendances évoquées plus haut. Le résumé proposé en 4^{ème} page de couverture exprime bien, certes un peu lourdement, cette pluralité de références : « Se situant dans le droit fil de la tradition milanaise et sous l'influence des récents courants du constructionnisme social et du narrativisme, lesquels sont continuellement à référer à un cadre systémique plus large insistant sur le sens des problèmes saisis dans leurs dimensions contextuelle et relationnelle, les auteurs introduisent une série d'idées empruntées à la psychanalyse, la thérapie stratégique, la Gestalt et au travail narratif ». Boscolo et Bertrando se plaisent à qualifier leur modèle d'épigénétique, au sens piagétien, pour signifier qu'il intègre leurs différentes pratiques successives et les modèles s'y référant. Il s'agit en effet davantage d'intégration que d'éclectisme grâce à leur vision systémique ouverte, qu'ils puisent abondamment chez Bateson. Le modèle de thérapie individuelle d'orientation systémique ainsi proposé est dénommé par les auteurs : *Brief-long therapy*. Brève, parce que la thérapie implique un maximum de 20 séances, et longue parce que ces dernières étant suffisamment espacées (entre 2 et 4 semaines), la thérapie peut durer plus d'une année. Après avoir décrit dans toute sa complexité le processus thérapeutique d'un point de vue aussi bien technique, relationnel qu'éthique, ils consacrent alors la seconde partie de l'ouvrage à la présentation détaillée de 11 traitements, 4 définis comme des « thérapies selon une approche à prédominance stratégique-systémique », 7 comme des « thérapies systémiques ».

L'écrit des deux auteurs italiens est d'une richesse incontestable, foisonnant de réflexions fines et critiques sur la psychothérapie, fruit manifeste d'une longue expérience dans le

⁹ Pour ne pas surcharger la bibliographie, nous renonçons à donner des références aux écrits de ces auteurs bien connus.

domaine. On peut être surpris toutefois que leur large ouverture ne mentionne quasi aucun des articles présentés plus haut (qui sont pour la plupart antérieurs à la publication de 1996), et en particulier, ceux de deux auteurs pionniers dans le domaine : Weakland et Bowen. Du courant interactionniste de Palo Alto plus particulièrement, ils disent craindre certaines déviations « technologiques » ; de la théorie des systèmes de Bowen, on peut penser qu'ils lui reprocheraient une approche insuffisamment constructionniste et narrative.

III / Premiers éléments de réponse à des questions centrales concernant la PIOS

Pour terminer, nous allons présenter, dans cette troisième partie, le résultat de nos réflexions à ce jour, concentrées autour de 7 questions que le groupe a formulées à un moment donné de son histoire, afin de structurer ses échanges. Emergeant dans la zone de croisement entre le travail psychothérapeutique au sens large et la référence à l'orientation systémique, loin d'être définitives évidemment, ces réponses devraient contribuer, à notre sens, à une meilleure définition de la PIOS.

1. *Y a-t-il des indications spécifiques à une PIOS ?*

Nous pensons qu'il n'y a pas à proprement parler d'indications spécifiques à la PIOS, mais plutôt des accents et une sensibilité propres à l'orientation systémique, lorsqu'il s'agit de déterminer si une personne peut bénéficier d'une thérapie individuelle. Comme pour tout travail psychothérapeutique, le thérapeute d'orientation systémique exige de la part du patient un minimum de demande personnelle. Toutefois, particulièrement sensible aux manières dont le patient vit ses relations, avec les problèmes que celles-ci lui posent, il se déclare spécialement compétent :

- lorsque le patient présente des problèmes au contenu directement familial ou conjugal (ex. conflit autour d'un héritage, difficulté d'autonomisation, renouer après une longue rupture, etc.), en lien avec une étape de vie (naissance d'un enfant, décès d'un parent, etc.), ou à visée explicitement relationnelle (ex. difficultés avec des collègues de travail, absence de confiance dans les autres, etc.) ;
- lorsque le patient présente une souffrance liée à ses troubles psychiques, dont il est particulièrement conscient de l'impact sur son entourage ;
- lorsque le patient consulte avec des demandes indirectes au nom de ses proches ;
- lorsqu'il est faiblement différencié par rapport à son groupe d'appartenance (ce qui peut conduire le thérapeute à gérer en parallèle, en début de processus, des entretiens de famille/couple et des entretiens individuels)¹⁰.

¹⁰ Il faut mentionner ici l'importante contribution clinique en matière d'indication de Neuburger dans son ouvrage de 1984 : *L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale systémique*. L'indication de thérapie de couple ou de famille doit être posée selon lui lorsque le patient n'est pas lui-même sujet de sa demande, c'est-à-dire se diffracte selon trois modalités, souvent dispersées parmi les membres du groupe familial : « l'un supporte le symptôme, un autre ou d'autres en souffrent, un troisième allègue ces symptômes pour demander de l'aide. Le rapport du sujet à son symptôme ne se fait plus alors sur le mode de l'avoir, mais d'un 'être le symptôme' auquel le sujet est identifié par le groupe familial » (p. 9). Si l'indication à la thérapie systémique de couple ou de famille est ainsi clairement définie, une question subsiste qui n'a pas été problématisée dans l'ouvrage de Neuburger : dans les cas d'indication à une psychothérapie individuelle, celle-ci se déploie-t-elle nécessairement en référence à la psychanalyse ? C'est là qu'il faut poursuivre le questionnement.

Dans toutes ces situations et dans les deux dernières en particulier, il est évident que le clinicien systémicien, considérant toujours les liens d'un individu à ses systèmes d'appartenance, se demandera si cette personne pouvant bénéficier d'une thérapie individuelle ne devrait pas être rencontrée d'abord dans le cadre d'une thérapie de famille ou de couple. Il faut savoir toutefois qu'il y a des cas où la thérapie de famille ou de couple est simplement impossible, ou explicitement contre-indiquée. En effet, la famille du patient est parfois inexistante, très éloignée géographiquement, trop disloquée, voire décédée, ou encore refuse tout contact avec les *psy* ; il est ainsi matériellement impossible de la réunir. Dans d'autres situations, sa présence, du moins celle de certains de ses membres, pourrait être trop intrusive ou destructrice pour le patient, celui-ci ayant besoin en vue de se reconstituer d'un espace thérapeutique pour lui seul. Dans ces cas, le dispositif d'une thérapie de famille ou de couple, du moins au départ, est à déconseiller (c'est le cas pour les situations de violence, intrafamiliale par exemple).

2. *Y a-t-il une manière spécifiquement systémique de mettre en place un cadre thérapeutique, qui réunit un patient et son thérapeute ?*

Comme c'est le cas pour la pratique des psychothérapies psychodynamiques, le cadre thérapeutique est entendu ici comme le dispositif et l'ensemble des règles définissant la relation entre le patient et le thérapeute en fonction de leur statut. Selon Gilliéron (1994), ce cadre est mis en place sur la base de l'analyse de la demande, de la formulation d'une hypothèse de crise et de la prise en compte du type de relation instaurée par le patient. S'il y a toutefois une spécificité à la PIOS concernant la mise en place du cadre thérapeutique, elle se situe, selon nous, dans l'attention constante que le thérapeute systémicien va prêter à l'ajustement du cadre tout au long de la thérapie. En référence au modèle de l'encadrement élaboré par Fivaz, Fivaz & Kaufmann (1982), un tel ajustement s'opère sous la responsabilité du thérapeute mais en co-construction avec le patient : garantissant la stabilité dynamique et tensionnelle du cadre, c'est en partie grâce au retour d'informations du patient que le thérapeute parviendra à se montrer suffisamment proche de lui, tout en lui restant extérieur.

Pour l'ajustement continu du cadre, le thérapeute systémicien est particulièrement attentif :

- à la dimension *contextuelle* de la demande : les modes de venue à la consultation, les personnes de l'entourage concernées par la consultation, les démarches thérapeutiques antérieures et le réseau d'intervenants sont particulièrement investigués (Tilmans, 1999)

- à la *demande*, la *pathologie* du patient, mais aussi à *ses compétences*

- à la visée de la thérapie, à savoir l'*autonomie* du patient (conçue d'un point de vue systémique comme une distribution équilibrée entre ce qui lui revient et ce qui revient à son environnement, dans son travail d'adaptation optimale). Dans ce but, le thérapeute peut être conduit à intégrer activement dans le processus thérapeutique individuel les proches du patient, soit au moyen de questions ou de tâches les concernant, soit à la faveur d'échanges qu'il encouragera à tenir avec eux (cf. Terry, 1989, Jenkins et Asen, 1992). Il travaillera souvent avec l'idée d'interventions limitées dans le temps, proposant même parfois un nombre limité de séances.

Exemple clinique :

Mireille a 25 ans et vient consulter pour un problème de jalousie. C'est une jeune femme très jolie, cultivée, travaillant dans un laboratoire de chimie. Elle demande d'emblée à la thérapeute si elle peut l'aider pour ce problème précis et combien de temps la thérapie durera. Elle ajoute, cependant, qu'elle voudrait se libérer de toutes les

entraves à son bien-être, car un problème dépassé, en voilà un autre qui le remplace. Elle a déjà suivi une thérapie cognitivo-comportementale pour des troubles alimentaires et a obtenu des bons résultats en trois mois.

Mireille n'a pas confiance en elle, et s'en veut d'imaginer que son partenaire puisse la tromper, mais n'arrive pas à se rassurer. Elle est en crise ; son ami ne sait plus comment l'aider ; elle rumine souvent en solitaire ses soupçons. Sa demande reste ambivalente : elle veut savoir à l'avance combien de temps va durer la thérapie pour le problème de la jalousie et elle exprime en même temps son envie de s'attaquer à la base de son malaise sans pouvoir en dire plus. Tout au long de la première séance, elle reviendra sur le sujet du temps de la thérapie et du degré de la gravité de sa situation. L'angoisse présente se mêle à son besoin de contrôler la situation.

Pour respecter la situation de la patiente, la thérapeute propose un cadre de travail qui tient compte de la demande explicite (jalousie et référence au cadre de la thérapie comportementale) et de la problématique implicite exprimée au travers de ses craintes (angoisse et besoin du contrôle). La négociation commune aboutit aux décisions suivantes concernant le cadre : mise en place de séances bimensuelles, et non hebdomadaires comme demandé au départ, établissement d'un bilan concernant sa vie relationnelle actuelle et évaluation de la thérapie après quatre séances en vue d'une renégociation de la suite, si nécessaire. L'absence de précipitation de la part de la thérapeute et la souplesse de la démarche ont abaissé le niveau d'angoisse de la patiente et l'ont rassurée.

*3. Qu'est-ce qui change pour le psychothérapeute d'orientation systémique lorsqu'il se trouve en présence **d'une seule personne**, et non plus d'un couple ou d'une famille ?*

Le choix de travailler avec un individu implique quelques changements dans la manière d'être présent pour le psychothérapeute habitué à rencontrer les couples et les familles. Nous pensons que cette différence de présence découle d'abord du fait que la *position d'écoute* étant renforcée, les silences sont ressentis plus intensément et le style relationnel du patient, comme sa pathologie, prennent plus de place. L'évaluation psychopathologique du patient, respectueuse et non stigmatisante, s'avère ici capitale, comme nous le verrons au point 7, pour permettre au clinicien une présence à l'autre spécifiquement adaptée.

Face à une seule personne, le thérapeute se trouve aussi engagé dans une relation où il est souvent plus *exposé émotionnellement* et davantage sollicité par la relation avec le patient. La relation duelle implique un focus sur une seule personne présente et non un couple ou une famille en interactions, ce qui génère, selon nous, une tension relationnelle patient-thérapeute plus intense et dont on peut moins facilement s'extraire. Par ailleurs, le thérapeute systémicien travaille moins sur la réalité des interactions *observées* que sur celles des interactions *représentées* à partir du monde intérieur du patient (cf. Reiss, 1989) et va donner dès lors plus d'importance aux « dialogues intérieurs » de ce dernier.

Exemple clinique :

Le même thérapeute est amené à voir Mme V. en famille, puis dans le cadre d'une thérapie individuelle. La consultation de la famille V., à l'initiative de la mère, Mme V., est motivée par les insomnies dont souffre depuis trois mois Pauline la fille cadète de 2 ans, et qui perturbent profondément la vie de ses parents. Prenant en compte par ailleurs les fortes crises d'angoisse de Mme V. qui dit ne plus pouvoir être disponible pour les siens autant qu'elle le voudrait, un double objectif est alors fixé pour la thérapie de famille : faire retrouver le sommeil à Pauline et favoriser des relations familiales, qui autorisent la mère à prendre soin d'elle, éventuellement à la faveur d'une thérapie

individuelle (elle a été abusée sexuellement à l'âge de 4 ans et demi). Après 6 séances, le thérapeute prend congé de la famille, les insomnies ayant complètement disparu et la mère se disant mieux disposée à affronter les conséquences psychiques de son traumatisme.

Une année plus tard, elle demande à ce même thérapeute une thérapie individuelle. Après hésitation, celui-ci accepte. Pouvant alors comparer sa posture relationnelle dans les deux dispositifs, il réalise à quel point en situation individuelle il est davantage sollicité émotionnellement, comme s'il devenait l'unique réceptacle des pensées et affects de la patiente. De plus, au fil des entretiens, le partage par la patiente de son monde intérieur et intime, les attentes qu'elle lui exprime directement, mais aussi les moments de silence inévitables, tout cela le mobilise fortement dans sa propre activité imaginaire. Moins accaparé par l'observation des multiples interactions intrafamiliales, il se vit comme plus disponible pour l'autre et pour lui-même, davantage à l'écoute de ses propres résonances.

4. Par rapport à d'autres modèles de psychothérapie individuelle, peut-on mettre en évidence chez le psychothérapeute systémicien une **méthode** d'observation et d'intervention particulière ?

Nous avons relevé plusieurs points :

- Dans une PIOS, l'accent est mis sur le *relationnel* du patient (avec ses proches, mais avec le thérapeute également), tel qu'*il en fait l'expérience* dans sa dimension intersubjective directe et actuelle (cf. Stern, 2003). Dans sa méthode d'observation, le thérapeute privilégie l'« ici et maintenant » des relations du patient en prenant en compte leurs dimensions non verbales et comportementales, sans se couper pour autant, quand c'est indiqué, d'une exploration du passé et du monde intrapsychique du patient, qu'il mettra en lien avec l'expérience de ses relations actuelles.

Exemple clinique :

Matilde, une femme d'une quarantaine d'année, vivant seul et sans enfants, exerce dans le monde des soins et consulte pour un épuisement professionnel. Elle est l'enfant unique de sa mère (elle-même handicapée souffrant de séquelles de poliomyélite), mais aînée de 3 autres enfants du côté paternel (père remarié à 2 reprises). Elle a toujours été enfant modèle, gentille et obéissante, faisant constamment l'intermédiaire entre les familles, avocate inépuisable de sa mère et soutien de son frère et ses sœurs. Elle a déjà participé à de nombreux groupes de formation et travaillé sur elle-même comme professionnelle. Face à sa thérapeute femme, elle se montre là aussi la patiente modèle ponctuelle et souriante, valorisant le travail thérapeutique et minimisant sa symptomatologie. De grands yeux noirs se cachent à moitié derrière une frange de cheveux bruns, son habillement est recherché tout en harmonie de couleurs. Elle s'assied sur le bord du fauteuil et ne s'appuie jamais au dossier. Son discours est intelligent et plein de nuances. La thérapeute s'y laisse facilement entraîner et a de la peine à intervenir verbalement. Par contre rien n'échappe à la patiente à l'affût de ses réactions non-verbales. Un détournement de regard ou un haussement de sourcils est aussitôt interprété comme un avis négatif, et un sourire comme une approbation. Cela met la thérapeute dans une sorte d'obligation d'être toujours attentive et adéquate.

Celle-ci décide alors d'arrêter ce cercle vicieux de l'excellence où chacune est sous tension et s'épuise à vouloir faire toujours la même chose et toujours mieux (lien avec l'épuisement professionnel). Sans ne rien dire, elle s'assied à côté de la patiente, quittant le face-à-face, au moment où celle-ci parle de sa tristesse et de sa solitude. Elle la prend par les épaules et la berce légèrement. D'abord sidérée, la patiente se détend peu à peu et

les larmes se mettent enfin à couler. C'est le début d'une autre rencontre entre patiente et thérapeute où les émotions peuvent être exprimées et partagées sans destruction de la relation.

- Le thérapeute systémicien observe et intervient avec un questionnement *actif*, permettant de contextualiser les événements. Il *confronte* le patient avec les émotions exprimées et les valide. Il peut même se mettre à la place d'autres personnes liées au patient et formuler de manière circulaire des questions que ces personnes pourraient lui poser. L'intervention active du thérapeute vise la mobilisation du potentiel du patient, à l'abri d'inquisitions instructionnistes et au service du système autopoïétique (cf. Gaillard, 2003) et pas seulement un changement précis de comportement.
- Le thérapeute systémicien cherche aussi à situer le patient en fonction de ses *appartenances à différents systèmes* (y compris le système thérapeutique), et des conflits de loyauté que cela peut générer. En parvenant à vivre de manière différenciée avec chacun de ces systèmes (être le même tout en étant différent), le patient devient ainsi plus autonome.
- Dans une PIOS, les *ressources* du patient sont constamment activées afin de ne pas l'enfermer dans sa pathologie.
- Le thérapeute systémicien a une *vision circulaire* du monde du patient et de la relation thérapeutique : il est conscient qu'il ne réagit pas seulement à ce que dit ou fait le patient, mais qu'il y contribue (co-évolution du processus thérapeutique). Il doit rester attentif à l'influence sur le processus thérapeutique de sa propre personne qui dépasse sa fonction professionnelle. Ses appartenances à de multiples contextes, socio-familio-religieux, peuvent interférer dans le maintien de certains problèmes ou séquences interactionnelles dysfonctionnelles (Seywert, 1994).

5. Quelles techniques utilisées dans la thérapie de famille ou de couple d'orientation systémique sont transférables dans une PIOS ?

Nous pensons que beaucoup de techniques utilisées dans la thérapie de famille ou de couple d'orientation systémique sont transférables au *setting* individuel, moyennant une adaptation. Elles sont particulièrement utiles lorsque le patient éprouve de la difficulté à parler de lui-même et en cas d'impasses dans la relation thérapeutique.

Nous recommandons entre autres le questionnement circulaire, le génogramme, l'appartenançogramme, les « objets flottants » (masques, contes, jeu de l'oie, blason familial, dessins), les métaphores, les tâches et prescriptions et les échelles techniques « solutionnistes ». Le recours à l'une de ces techniques permet souvent l'élargissement de la portée du contenu travaillé. D'autres lieux et périodes de vie, avec l'évocation de nouvelles personnes, peuvent alors prendre place dans l'imaginaire du patient et faciliter ainsi l'accès à un niveau jusqu'ici non explicite de son monde intérieur.

La créativité du clinicien a tout loisir de s'exprimer, mais à condition qu'elle ne vienne pas illusoirement colmater les moments de malaise qui s'installent dans la relation thérapeutique - par exemple des séquences de silences lourds - sans avoir préalablement élaboré des hypothèses qui donneraient du sens à ce malaise.

Exemple clinique :

Solène, jeune fille de 22 ans, vient consulter sur les conseils de sa sœur aînée. Elle est en dernière année du collège avec des mauvais résultats et ne trouve plus la motivation de continuer. Elle considère sa vie comme un échec monumental et se sent inférieure dans tous les domaines.

Solène vit encore chez ses parents, sa sœur ayant quitté le foyer familial depuis 5 ans pour emménager avec son ami. Elle se décrit comme timide et effacée, avec une confiance et une estime de soi au plus bas. Elle se sent très seule socialement et n'est pas proche de ses parents.

La patiente a de la peine à s'exprimer en séance et la thérapeute doit beaucoup la solliciter, plus particulièrement et systématiquement en début d'entretien. Ce type d'interaction observée en séance reflète visiblement les difficultés décrites par la patiente en ce qui concerne ses contacts avec les autres : elle reste silencieuse et évite de parler au risque de dévoiler le vide qui l'habite.

Après quelques séances, la thérapeute sent la nécessité d'aborder ces silences répétés. Tenant compte de la difficulté de sa patiente à exprimer son ressenti, elle lui propose de penser à ces moments de silence inconfortables et de laisser venir en elle une image ou un tableau qu'elle pourrait ensuite lui décrire. Voici ce que Solène produit : « Je suis seule parmi des millions de personnes qui me regardent et je ne trouve pas mes mots, tous ces gens me jugent et sont contents de mon malaise. »

Cette scène sera comme un fil rouge pendant plusieurs séances, permettant à la jeune patiente de raconter combien elle avait souffert de sa position de bouc émissaire à l'école, sans pouvoir le dire à ses parents, trop préoccupés à l'époque par leurs conflits et les déboires de leur fille aînée.

6. *Quand on conduit une PIOS, peut-on **passer d'un dispositif à deux** (patient-thérapeute) à un dispositif qui intègre les proches du patient, et inversement ?*

En principe, il est plus facile de passer d'un système élargi à un système plus restreint, comme cela peut être le cas parfois lors la mise en place d'une PIOS. Une fois celle-ci démarrée, le thérapeute peut envisager, compte tenu de la nature des problèmes rencontrés, de voir ponctuellement un ou des membres du système élargi. Nous pensons toutefois que cette décision gagne à être prise sur la base d'hypothèses formulées en fonction d'un processus thérapeutique souvent bloqué.

De plus, en partageant avec le patient les raisons de la modification momentanée du cadre, le thérapeute se doit de bien gérer la question difficile de la confidentialité qui le lie à son patient, comme celle de la loyauté envers lui, eu égard aux alliances qu'il devra établir en sa présence avec les autres membres de sa famille. Le modèle de J. Framo est un exemple d'une telle modification ponctuelle dans le suivi de couple ou de famille (Framo, 1976).

Exemple clinique :

Au cours de la thérapie individuelle de Mme V. (cf. supra), le thérapeute s'est demandé à certains moments, particulièrement quand le processus évolutif semblait piétiner, s'il ne serait pas indiqué de rencontrer la patiente en compagnie de son mari, et à un autre moment, de son père. En effet, durant toute une période, elle ne cessait d'incriminer son mari qui prenait trop à la légère certains problèmes de santé qu'il rencontrait, incapable qu'elle était de l'influencer. Quant à son père, elle ne supportait pas l'indifférence affective qu'il lui manifestait, d'autant plus qu'elle avait été abusée par un de ses employés. Mais dans le cas de cette thérapie individuelle, non sans hésiter il est vrai, le thérapeute s'en tint strictement à ce cadre. D'abord, parce que la thérapie individuelle avait été expressément définie comme un espace appartenant à la patiente, nécessaire pour son travail de différenciation de sa famille. La revoir avec son mari aurait pu la remettre en trop grande dépendance de lui. Ensuite, parce que Mme V. semblait présenter des ressources suffisantes d'autonomisation, qui lui permirent en effet de se comporter progressivement de manière nouvelle envers son mari et son père, ceux-

ci ne présentant pas par ailleurs des comportements menaçant gravement sa vie ou celle des siens. Mais ces moments de la thérapie furent des moments où le thérapeute se montra particulièrement attentif aux relations familiales de la patiente, qui purent être positivement travaillées grâce au questionnement circulaire.

Notons encore qu'il y a une contre-indication à modifier le setting individuel dans certains cas où les problèmes traités ont une dimension psycho-légale ; en souhaitant mêler quelqu'un de son entourage, le patient pourrait instrumentaliser la thérapie, par exemple dans les cas de violence conjugale.

*7. Quelles connaissances en **psychopathologie** comme en **psychologie du développement** sont requises en PIOS ?*

Pour mener à bien une thérapie individuelle, le thérapeute doit disposer selon nous de connaissances solides en psychopathologie comme en psychologie du développement. D'autant plus que le setting duel, comme évoqué plus haut, donne plus d'importance au style du patient et à sa pathologie, d'où l'obligation de leur donner une place plus appropriée dans la relation thérapeutique.

Dans une thérapie individuelle, le fonctionnement psychique du patient est au premier plan : l'attention portée à ses formes défensives actuelles, comme à leur formation au cours de son histoire (mécanismes de projection, clivage, contrôle narcissique, agir, etc.), est riche d'informations pour le thérapeute. Des connaissances de psychologie développementale (cf. particulièrement les modèles de l'attachement et ceux des relations interpersonnelles, Bowlby 1969, Fivaz-Depeursinge et Corboz-Warnery 2001, Pierrehumbert 2003, Rochat 2006, etc.), et de psychopathologie (cf. particulièrement les modèles de Gilliéron, 1994 et Berger, 1995) lui permettent de repérer plus facilement les niveaux de différenciation du patient et leurs effets sur les relations que celui-ci établit avec autrui. Le thérapeute peut ainsi fixer de manière plus réaliste les objectifs de la thérapie, établir une meilleure relation avec le patient et travailler plus efficacement avec lui sur ses expériences relationnelles actuelles, en prenant en compte les styles relationnels qu'il a acquis et construits depuis son enfance (cf. Byng-Hall, 1995, et Cirillo, 2006).

Exemple clinique

Eric est un jeune homme de 25 ans envoyé en consultation par sa famille (sa sœur et son père) « pour l'aider à faire le deuil » de sa mère qui vient de se suicider. Celle-ci était suivie pour schizophrénie depuis de nombreuses années. Il a vécu avec ses parents et sa sœur aînée jusqu'à l'âge de 10 ans, puis a suivi son père lors du divorce. Il a passé son adolescence avec la nouvelle famille de son père remarié, période durant laquelle il ne vit que très rarement sa mère. Actuellement, il fait des études de chimie qu'il est en train de terminer. Il passe beaucoup de temps à jouer sur son ordinateur, a peu d'amis et n'arrive pas à établir une relation affective stable. Sa famille craint beaucoup une décompensation de type psychotique suite au décès de la mère. Lui-même parle de son chagrin impossible à exprimer, de son incompréhension des événements.

Durant les séances de thérapie, Eric garde une certaine distance vis-à-vis de la thérapeute, refuse des rendez-vous trop fréquents, mais reste intéressé à essayer de comprendre ce qui est arrivé à sa mère. Il peut décrire des événements de son enfance avec une apparente froideur, par exemple ses envies de petit enfant de se blottir contre sa mère quand il avait peur et ses angoisses quand il était rejeté de manière incompréhensible. De cet attachement « insécure », il a développé des stratégies d'évitement, de minimisation des besoins d'attachement et de diversion de l'attention,

stratégies très utiles et de survie à l'époque mais bien encombrantes et inhibantes actuellement. Tout un programme pour la thérapie !

En conclusion

Les débats enrichissants mais parfois difficiles de notre groupe de travail, comme les résultats de sa revue de littérature et ses premières réflexions cliniques, obligent à reconnaître que l'approche systémique ne propose pas une ligne de pensée cohérente et claire en matière de thérapie individuelle. Le simple fait de ne disposer que d'un seul ouvrage dans le domaine et de ne pouvoir se référer à aucun auteur qui ait poursuivi, après un premier essai, sa réflexion et ses publications autour de ce thème, est déjà parlant en lui-même. Nous l'interprétons quant à nous, en partie, comme l'effet d'une pensée systémique ouverte à toutes sortes de thématisations ou modèles, rendus possibles précisément par le paradigme systémique de la complexité, tel que l'a promu Bateson dans son œuvre et qu'il s'est développé dans la cybernétique de second ordre dès les années 80. Mais les articulations entre ces différents modèles restent à faire !

Y a-t-il vraiment une place pour la thérapie individuelle en systémique ? Si au terme de cet article nous sommes invités à travailler sur certaines questions cliniques précises qui y ont été soulevées (par exemple, ses indications, sa durée, son lien avec la psychanalyse, l'importance à accorder à la psychopathologie, etc.), nous sommes tout autant sollicités à poursuivre la réflexion sur le statut et la place qu'il faut accorder à l'individu humain dans une vision systémique du monde. Essentiellement : que signifie son autonomie, son appartenance à des systèmes, compte tenu qu'il est doté d'une pensée productrice de sens ? Plusieurs écrits sur ce thème (entre autres, Caillé, 1989 ; Duss-von Werdt, 1990 ; Gaillard, 2003 ; Guntern, 1985 ; Luhmann, 1996, Miermont, 1995 ; Neuburger, 1996 ; Seywert, 1990, 1994 ; Willi, 1987, etc.) ont été rédigés – est-ce un hasard ? - autour des années 1980-2000 en lien avec l'émergence de la seconde cybernétique. Même s'ils ne sont pas directement consacrés à la clinique systémique de l'individu, ces écrits sont importants dans la mesure où leur réflexion théorique sur la place de l'individu dans la pensée systémique tend à légitimer une telle clinique. Mais, là aussi, cette réflexion n'a pas été vraiment poursuivie. Le constat de Seywert en ouverture de son article de 1990 nous semble donc toujours d'actualité : « Il faut relever que jusqu'à maintenant un concept systémique bien intégré de la personnalité n'a pas encore pu être dégagé » (p. 310).

La systémique a pour tâche de nous convoquer à la croisée des chemins. C'est ce qui se passe tout particulièrement quand on pratique l'intervention ou la thérapie individuelle d'orientation systémique. Richesse d'une telle pratique sans doute, mais inconfort également, dès le moment où l'on veut la thématiser et transmettre, dans le cadre d'un enseignement structuré, les enjeux et les outils cliniques qui la rendent possible.

Christel Vaudan
Consultation Couple et Famille
Consultation de Chauderon
Av. d'Echallens 9
CH- 1004 Lausanne
Christel.Vaudan@chuv.ch

BIBLIOGRAPHIE

- Amiguet, O., Gressin, Ph.** (1987) : Vers un travail systémique individuel. *Thérapie familiale*, 8 : 287-299.
- Andolfi, M.** (2000) : Thérapie avec l'individu et thérapie avec la famille. Trad. fr., *Thérapie familiale*, 2002, 23 : 7-20.
- Berger, M.** (1995) : *Le travail thérapeutique avec la famille*, Paris : Dunod (pp. 173-230).
- Boscolo, L., Bertrando, P.** (1996) : *Systemic Therapy With Individuals*. Karnac Books, UK. (Trad. de l'italien, version orig., 1996. Traduit aussi en allemand : *Systemische Einzeltherapie*. Carl-Auer-Systeme Verlag, 2000).
- Bowen, M.** (1972) : A propos de la différenciation de soi à l'intérieur de sa propre famille – Anonyme. Trad. fr., *Thérapie familiale*, 1993, 14 : 99-148.
- Bowlby, J.** (1969) : *Attachement et perte*. Trad. fr. Paris : PUF, 1978-1984.
- Byng-Hall, J.** (1995) : *Rewriting Family Scripts. Improvisation and System Change*, New York: The Guilford Press.
- Cabié, M.C., Isebaert, L.** (1997) : *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Ramonville : Ed. Erès.
- Caillé, P.** (1989) : L'individu dans le système. *Thérapie familiale*, 10 : 205-219.
- Carter, E.A., McGoldrick Orfanidis, M.**(1976) : Family Therapy with One Person and the Family Therapist's Own Family. In : P. J. Guerin (Ed.), *Family Therapy. Theory and Practice* (pp.193-219), New York : Gardner Press.
- Cirillo, S.** (2006) : *Les mauvais parents : comment leur venir en aide*. Trad. fr. Paris : Fabert, 2006.
- De Shazer, S.** (1985) : *Clés et solutions en thérapie brève*. Trad. Fr. Bruxelles : Ed. Satas, 1999.
- De Shazer, S., Berg, I.** (1985) : A part is not apart. Working with only one of the partners present. In : A. Gurman (Ed), *Casebook of marital therapy* (pp. 97-110). New York : Guilford.
- Duss-von Werdt, J.** (1990) : L'écosystème individuel. Remarques sur l'individu et l'individualisme thérapeutique. *Thérapie familiale*, 11 : 237-245.
- Fadda, S.** (1982) : Thérapie familiale ou/et thérapie individuelle ? *Evolution psychiatrique*, 47 : 733-741.
- Fivaz, E., Fivaz, R. & Kaufmann, L.** (1982) : Encadrement du développement. Le point de vue systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, num. 4/5 : 63-74.
- Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A.** (2001) : *Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé*. Paris : Odile Jacob.
- Framo, J.** (1976) : La famille d'origine: une ressource thérapeutique pour les adultes en thérapie de couple et de famille : "Tu peux et tu devrais retourner à la maison". Trad. fr., *Thérapie familiale*, 1996, 17 : 367-390.
- Gaillard, J.P.** (2003) : Modélisation des systèmes complexes et techniques en thérapie systémique individuelle. *Thérapie familiale*, 24 : 7-20.
- Gilliéron, E.** (1994) : *Le premier entretien en psychothérapie*, Paris : Ed. Dunod (pp.125-154).

- Jenkins, H., Asen, K.** (1992) : Family therapy without the family : a framework for systemic practice. *Journal of Family Therapy*, 14 : 1-14.
- Guntern, G.** (1985) : Das Konzept der Person in der Systemtherapie. *Zeitschrift für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 13 : 301-326.
- Kaufmann, L.** (1983) : L'autorité du psychothérapeute dans la perspective de la théorie systémique. *Archives suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, 133 : 119-129.
- Luhmann, N.** (1996) : *Soziale Systeme*. Frankfurt a.M. : Ed. Suhrkamp (6^{ème} éd.).
- Masson, O.** (1990) : Jeunes adultes et adolescents en quête de leur autonomie. *Thérapie familiale*, 11 : 247-259.
- Miermont, J.** (1995) : *L'homme autonome : éco-anthropologie de la communication et de la cognition*. Paris : Hermès.
- Montagano, S.** (1983) : Aspects systémiques dans les thérapies individuelles. *Thérapie familiale*, 4 : 141-147.
- Montagano, S.** (1986) : Thérapie individuelle systémique : Trois histoires. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, num. 2 : 9-30.
- Neuburger, R.** (1984) : *L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale systémique*. Paris : ESF.
- Neuburger, R.** (1996) : *Le mythe familial*. Paris : ESF.
- Nicolo, A.M.** (1990) : Soigner l'intérieur de l'autre. Notes sur la dynamique entre l'individu et la famille. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, num. 12 : 29-51.
- Pancheri, E.** (2003) : Psychothérapie individuelle d'orientation systémique. *Psychothérapies*, 23 : 113-121.
- Pierrehumbert, B.** (2003) : *Le premier lien, théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob.
- Rochat, P.** (2006) : *Le monde des bébés*. Paris : Odile Jacob.
- Reiss, D.** (1989) : La famille en représentation et en action : comparaison de différents points de vue sur la continuité familiale. Trad. fr. In : A.J. Sameroff , R.N. Emde (Eds), *Les troubles des relations précoces* (pp. 282-325), Paris : PUF, 1993.
- Salem, G., Masson, D.** (1983) : Un cas de psychothérapie individuelle fondée sur les concepts de la thérapie familiale. *Psychothérapies*, 3 : 103-114.
- Selvini-Palazzoli, M., Viaro, M.** (1988) : The anorectic process in the family : a six-stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27 : 129-148.
- Seywert, F.** (1990) : L'individu: réseau et processus. *Thérapie familiale*, 11 : 309-322.
- Seywert, F.** (1994) : Pensée systémique et psychothérapies. *Psychothérapies*, 14 : 23-29.
- Stern, D.** (2003) : *Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable*. Trad. fr., Paris : Odile Jacob, 2003.
- Terry, L.L.** (1989) : Systemic assessment of families through individual treatment: a teaching module. *J. Mar. and Fam. Therapy*, 15 : 3-13.
- Tilmans-Ostyn, E.** (1999) : La démarche vers le thérapeute : de la plainte à la demande. In : E. Tilmans-Ostyn, M. Meynckens-Fourez (Eds), *Les ressources de la fratrie* (pp. 71-84), Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Weakland, J.H.** (1983) : Thérapie systémique individuelle, Trad. fr. In : P. Watzlawick et G. Nardone (Ed.), *Stratégies de la thérapie brève* (pp. 155-169), Paris : Ed. du Seuil, 2000.
- Weakland, J.H et al.** (1974) : Thérapie courte : résolution d'un problème circonscrit. Trad. fr. In : P. Watzlawick et J. H. Weakland (Eds), *Sur l'interaction* (pp. 356-389), Paris : Ed. du Seuil, 1981.
- Willi, J.** (1987) : Some principles of an ecological model of the person as a consequence of the therapeutic experience with systems. *Fam. Process*, 26 : 429-436.

Weber G., Simon F. (1987) : Systemische Einzeltherapie. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 5 :192-206.